UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 77

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

VOLVULUS DE L'S ILIAQUE

(A PROPOS D'UNE OBSERVATION PERSONNELLE)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juillet 1914

PAR

Auguste BLACHE

Né à Ambert (Puy-de-Dôme), le 3 août 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse { VIRES, professeur, *Président.* / DE ROUVILLE, profes adj. / DELMAS (Paul), agrégé. / DELMAS (Jean), agrégé. } *Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

VOLVULUS DE L'S ILIAQUE

(A PROPOS D'UNE OBSERVATION PERSONNELLE)

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 77

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

VOLVULUS DE L'S ILIAQUE

(A PROPOS D'UNE OBSERVATION PERSONNELLE)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juillet 1914

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PAR

Auguste BLACHE

Né à Ambert (Puy-de-Dôme), le 3 août 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse { VIRES, professeur, *Président.* / DE ROUVILLE, profes.-adj. / DELMAS (Paul), agrégé. / DELMAS (Jean), agrégé. } *Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM.	MAIRET (✲)	DOYEN.
	SARDA	ASSESSEUR.
	IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM.	TEDENAT (✲).
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses		MAIRET (✲).
Physique médicale		IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales		GRANEL.
Clinique chirurgicale		FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique		TRUC (O ✲).
Chimie médicale		VILLE.
Physiologie		HEDON.
Histologie		VIALLETON.
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie		GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL (✲).
Pathologie et thérapeutique générales		BOSC.
Hygiène		BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale		RAUZIER (✲).
Clinique obstétricale		VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale		VIRES.
Anatomie pathologique		N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), HAMELIN (✲), GRASSET (O ✲).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM.	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements		PUECH, profes.-adjoint.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET, profes.-adj.
Pathologie externe		LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées		VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire		SOUBEYRAN, a. l. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards		EUZIERE, agrégé.
Accouchements		P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. RIMBAUD.
GRYNFELTT.	DERRIEN.	ROGER.
LAGRIFFOUL.	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	MASSABUAU.	LISBONNE.
GAUSSEL.	EUZIERE.	MARQUÈS, ch. des F.
RICHE.	J. DELMAS.	

Examinateurs de la thèse ;

MM. VIRES, professeur, *président.*	MM. P. DELMAS, *agrégé.*
DE ROUVILLE, prof.-adj.	J. DELMAS, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MA FEMME

A. BLACHE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

PAUL ET JEAN DELMAS

A. BLACHE.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

VOLVULUS DE L'S ILIAQUE

(A PROPOS D'UNE OBSERVATION PERSONNELLE)

INTRODUCTION

Depuis un petit nombre d'années, les torsions pathologiques des côlons et, en particulier, du côlon sigmoïde ont bénéficié des progrès de la chirurgie abdominale : on a appris à les connaître et à les diagnostiquer parfois ; on a mis en lumière leur pathogénie autrefois obscure. Un nombre considérable de publications en France et surtout en Allemagne et en Russie, ont précisé leur étude. De sorte que, actuellement, le volvulus du côlon pelvien est un important chapitre de chirurgie pratique qu'il faut connaître pour le traiter efficacement.

Nous en avons observé à la fin de nos études médicales un cas très intéressant qui a fait le sujet d'un travail de MM. Arrivat et Cathala. Nous avons l'intention dans cette thèse de rapporter cette curieuse observation qui met en

lumière l'exactitude des données récemment acquises ; nous indiquerons les causes du volvulus de l'S iliaque, nous en décrirons les symptômes et nous essaierons de fixer les étapes du diagnostic. Nous discuterons ensuite les modes de traitement préconisés.

Nous divisons notre travail comme il suit :

1° Observation personnelle ;

2° Historique ;

Etiologie et pathogénie ;

Symptômes ;

Diagnostic ;

Pronostic ;

Traitement.

PREMIÈRE PARTIE

Nous allons rapporter dès maintenant l'observation du service de M. le médecin principal Esprit qui fait le fond de notre thèse et qui a été publiée par MM. Arrivat et Cathala.

X..., douanier, âgé de 44 ans, entre à l'Hôpital dans le service de M. le médecin principal Esprit, parce qu'il n'a eu depuis quatre jours aucune selle et aucune émission gazeuse par l'anus.

Les accidents ont débuté brusquement au milieu d'un état de bonne santé habituelle qui ne s'était jamais démenti. Pendant les deux premiers jours la suppression des selles et des gaz constitue le seul, l'unique symptôme, et le sujet ne s'inquiète pas outre mesure de ces phénomènes, si bénins en apparence. Au troisième jour apparaissent des sensations douloureuses: ce sont des coliques localisées d'abord autour de l'ombilic, puis rapidement diffusées à tout l'abdomen.

Elles sont assez vives, s'accompagnent d'épreintes très douloureuses et de besoins fréquents de défécation d'ailleurs sans effet. Le ventre commence à augmenter de volume et à devenir tendu.

Enfin, le quatrième jour, se montre pour la première fois un symptôme qui complète le tableau clinique: les

vomissements, les matières rejetées ne contiennent pas d'aliments, car depuis le début des accidents le malade s'est mis au régime hydrique ; ce sont des matières aqueuses, glaireuses plutôt, teintées en vert et possédant une odeur aigrelette.

Il n'y a rien d'intéressant dans les antécédents tant héréditaires que personnels. L'homme, de constitution forte et robuste, n'a jamais été malade antérieurement. Il n'est au surplus ni spécifique, ni éthylique.

Avant les accidents actuels, il n'avait jamais eu d'autres crises semblables, jamais de melœna, jamais de coliques. Il est à retenir que le sujet est un constipé habituel depuis très longtemps ; néanmoins il ne passait jamais plus de deux jours sans avoir une selle.

Au moment où nous voyons le malade, c'est-à-dire quatre jours après le début des accidents, il a un facies légèrement pincé, les yeux excavés, le nez aminci. La coloration de la face est normale ; les conjonctives ne sont pas subictériques.

La respiration est calme, mais le pouls est déjà légèrement arythmique, bien frappé, sa fréquence varie entre 130 et 140 pulsations à la minute.

Au cœur, l'auscultation ne décèle rien d'anormal.

En découvrant l'abdomen, on constate que celui-ci est moyennement et uniformément ballonné. Il n'a pas de forme spéciale ; non étalé dans les flancs, il ne pointe pas non plus. On n'aperçoit à jour frisant aucune contraction intestinale.

La palpation est rendue difficile à cause du ballonnement, de la contracture de défense et des douleurs qu'elle provoque. Toutefois, en palpant avec patience, on finit par percevoir des détails importants.

La région droite de l'abdomen est notablement plus réni-

tente que le côté opposé. On a l'impression que cette zone de rénitence vient en haut jusqu'au rebord costal et arrive en bas jusqu'à la fosse iliaque droite où elle se rapproche de la ligne médiane et la dépasse.

La percussion dénote une sonorité exagérée partout ; pas de signes d'épanchement dans les flancs. Dans toute la zone droite où on a perçu une rénitence spéciale, la sonorité a un timbre plus élevé et une tonalité particulière qui nous ont frappé.

L'examen de tous les orifices herniaires n'y montre rien de particulier.

Toucher rectal : l'anus est normal, il n'a pas d'hémorroïdes ; le rectum paraît lui aussi être sain. Le doigt explorant l'excavation n'y trouve rien ; le petit bassin est tout à fait libre.

Le diagnostic d'occlusion intestinale s'imposait sans aucune hésitation et réclamait l'intervention opératoire d'urgence. Mais les indications du mode d'intervention nécessitaient un diagnostic plus précis.

Malgré l'absence du signe de Laugier dont l'importance est actuellement bien amoindrie, l'hypothèse d'occlusion portant sur le gros intestin nous paraissait la plus probable en raison des antécédents de l'homme habituellement constipé, de l'apparition tardive des vomissements, de la sensation dans l'abdomen d'une anse énorme. Mais à quoi fallait-il penser comme élément causal ?

L'occlusion par cancer des côlons nous paraît devoir être d'emblée éliminée à cause de l'état général bien conservé du sujet, de l'absence d'antécédents morbides du côté des côlons, du caractère aigu et sans prodromes de la crise d'occlusion.

Par ailleurs, aucune notion antérieure n'expliquait la

production d'adhérences ou de brides pouvant comprimer ou couder l'intestin.

Ainsi se limitait peu à peu le champ des hypothèses: étranglement interne, invagination, volvulus, telles étaient les causes les plus probables. L'âge du sujet, son état de constipation habituelle, la présence d'une anse énorme descendant vers le petit bassin, nous firent porter le diagnostic de volvulus de l'S iliaque.

Le 8 juin 1913, sous anesthésie à l'éther goutte à goutte, M. Esprit pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale.

Le péritoine ouvert, il s'écoule aussitôt de la sérosité rougeâtre, sanguinolente, en assez grande abondance. Les anses grêles météorisées se présentent dans l'incision et sont difficiles à contenir. L'obstacle ne paraît pas siéger à leur niveau; on les extériorise, pliées dans un champ aseptique. A ce moment, on aperçoit, à droite du mésentère, une anse rouge foncé, extrêmement dilatée, du volume d'une bouteille ordinaire. Après de grands efforts et après avoir débridé en haut jusqu'a l'appendice xyphoïde, on isole cette anse.

Elle est constituée par l'S iliaque en volvulus; la moitié droite et la moitié gauche de cette anse sont accolées en canons de fusils.

La torsion s'est faite de gauche à droite, et il suffit de détordre dans le sens opposé de 360 degrés environ pour voir le côlon pelvien reprendre en partie du moins sa disposition habituelle.

Le point sur lequel a porté la torsion ne présente d'autres lésions qu'une rougeur vineuse très accentuée. Mais en divers points, l'S iliaque présente de petites surfaces dont le péritoine est éraillé. On les repéritonise à la Lembert.

Pour réintégrer dans l'abdomen tout le paquet intestinal, on se heurte à des difficultés considérables; on doit même ouvrir le côlon pelvien pour évacuer les gaz qu'il contient. Suture en deux plans de cette incision. Après avoir replacé l'anse en bonne position, on referme le ventre en trois plans sans drainage.

A la fin de l'intervention, le malade évacue une grande quantité de matières fécales; cette selle abondante a été provoquée par la pression sur l'anse sigmoïde.

On fait immédiatement de la caféine, de l'huile camphrée, du sérum physiologique.

Deux heures après l'intervention, il s'écoule par l'anus du sang noirâtre; la quantité est de 50 centimètres cubes à peu près. Malgré tous les toni-cardiaques employés, le cœur ne se relève pas et le collapsus arrive; exitus à la quinzième heure.

Autopsie. — Le pansement est abondamment souillé de sérosité sanglante.

A l'ouverture du ventre, c'est l'anse sigmoïde qui se présente la première. Elle est énorme, de coloration rouge très foncé, ecchymotique. Elle a gardé la bonne position de détorsion. En certains points de sa surface, on aperçoit de légers dépôts fibrineux indiquant un faible processus de défense du péritoine.

Les flancs contiennent en assez grande abondance de la sérosité hématique.

Comme le temps qui nous est accordé est très restreint, nous extirpons rapidement l'S iliaque. Nous n'avons pas pu examiner les autres organes.

Examen de la pièce. — L'examen approfondi et méthodique de la pièce prélevée nous donne des renseignements

complémentaires d'un très haut intérêt; ces constatations permettent d'élucider le mécanisme de la torsion et constituent le point capital de notre observation.

1° *Dimensions de l'anse tordue.* — Au moment où nous avons pratiqué cette étude nécropsique, l'anse sigmoïde n'avait pas le volume constaté au cours de l'acte opératoire.

Mais la diminution est peu considérable, surtout en remplissant l'organe d'eau comme nous l'avons fait.

Les mensurations effectuées nous ont donné:

Longueur: 75 centimètres environ.

Calibre: 8 à 9 centimètres.

Il est intéressant de les rapprocher des chiffres normaux, qui sont, d'après Testut et Jacob:

Longueur: 45 à 51 centimètres.

Calibre: 25 à 35 millimètres.

Cette différence remarquable ne peut pas être attribuée à la distension, car l'anse une fois vidée n'a pas repris son volume normal; d'autre part, l'état de la paroi intestinale anormalement épaissie plaiderait contre cette hypothèse. Il faut donc admettre un état d'hypertrophie très marqué de l'anse oméga chez ce malade, préexistant aux accidents récents. En raison de la constitution habituelle du sujet et de l'absence d'accidents antérieurs, nous inclinons à penser que le malade était porteur d'un méga-côlon iliaque congénital.

2° *Les lésions du méso-côlon pelvien.* — Les deux branches de l'anse sont presque accolées en canons de fusil; l'intervalle qui les sépare est de 3 à 4 centimètres seulement. Au surplus, il est impossible d'augmenter cet écartement, les tissus qui séparent les deux branches ne pré-

sentant aucune souplesse, aucune élasticité. Le méso-côlon pelvien a subi de très profondes modifications; tandis que le segment intestinal est augmenté de volume, le méso, lui, est diminué et réduit à une langue de tissu comprise entre les deux branches coliques. Le tissu est fortement épaissi; il a perdu son aspect habituel, il n'a pas la coloration du péritoine voisin et on n'y distingue pas par transparence les ramifications vasculaires que l'on voit nettement dans le mésentère par exemple. Le méso est blanchâtre, il paraît formé par de forts faisceaux plus ou moins saillants sur les deux faces et rayonnant depuis le bord mésentérique de l'anse intestinale jusqu'au point d'attache du méso. Ce tissu est très dur, résistant, de consistance fibreuse. Il est indiscutable que ces modifications sont le fruit d'un travail de sclérose déjà ancien et non d'un processus actuel consécutif aux phénomènes d'étranglement.

Cette lésion représente dans sa plus grande netteté la méso-sigmoïdite rétractile des auteurs allemands.

3° *Les lésions de l'anse tordue.* — Elles sont des plus nettes: congestion intense avec hémorragies sous-péritonéales, péritoine dépoli par endroits, appendices épiploïques œdématiés très volumineux. Enfin la paroi de l'intestin est anormalement épaissie. Nous n'avons pas trouvé de diverticules.

A notre grand regret, nous n'avons pu pratiquer l'examen microscopique; seul, celui-ci aurait pu faire la part des lésions récentes communes à tous les segments intestinaux étranglés et celle de lésions anciennes de sigmoïdites probables mais impossibles à apprécier macroscopiquement.

4° Il nous reste à étudier *le mécanisme particulier de la*

torsion. Nous en avons eu une compréhension nette en synthétisant les différentes constatations faites à l'opération et à l'amphithéâtre.

La torsion s'est faite de gauche à droite dans le sens normal des aiguilles d'une montre ; c'est le type rectum en arrière de Potain. Or, cette torsion a été environ de 360° ; l'anse a décrit un tour complet, c'est pourquoi l'occlusion a été d'emblée très serrée, ce qui explique les accidents et les lésions à évolution rapide. Cette torsion complète réalisé, en effet, l'occlusion des deux branches de l'anse, transformant celle-ci en un ballon dont la tension intérieure est différente de celle du reste de l'abdomen.

La torsion réalise aussi l'occlusion plus ou moins complète des vaisseaux qui traversent le méso-côlon pour aller irriguer le côlon pelvien.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Il faut remonter au travail de Rokitansky sur les étranglements rotatoires de l'intestin (1837) pour voir une distinction entre les diverses causes d'étranglement de l'intestin et pour rencontrer pour la première fois le volvulus. Après lui, Mackenzie (1848), Trousseau (1857), Melchiori (1859), Giraldès (1860), Herwett et Parker, Easton, Barlow et Busk publient des observations isolées sans ébaucher l'étude d'ensemble de la maladie.

Duchaussoy et Besnier (1860), Gruber (1863 et 1869), Tillaux (1870), Erlanger, Esaïe (1875), Rendu (1875), Faucon (1877), Barié et Ducastel (1879) observent de nouveaux cas et ébauchent l'anatomie pathologique, la pathogénie, le traitement et le diagnostic des volvulus du côlon pelvien. Potain (1879) donne les premières précisions sur le mode de torsion de l'anse et décrit les types « rectum en avant », « rectum en arrière ». Roux, de Lausanne, en 1887, fait le diagnostic préopératoire du volvulus dans deux cas, grâce au relief très net de l'anse et à la tonalité de percussion plus élevée, décrivant ainsi bien avant Von Wahl et Kiwull les signes qui ont gardé le nom de ces

auteurs. De nouvelles observations isolées contribuent à cette période à attirer l'attention : il faut citer parmi les principales publications sur ce sujet celles de Watson, Whitney (1879), Barton (1880), Marcano (1883), Rozer (1883), Prioleau, Polaillon (1884), Sautwoord et Lammimann.

Bientôt après, la question entre dans une nouvelle phase où on s'occupe de la conduite à tenir par le chirurgien et des indications thérapeutiques. Jesset (1890), Peraire (1891), Lyof (1892), Vilar, Rozer (1892), Kiwull, Gaye, Ardle, Finney (1893), pratiquent avec des résultats divers des opérations variées. Au Congrès de chirurgie de 1895, au Congrès des chirurgiens allemands de 1898, la thérapeutique du volvulus est discutée. Il faut encore signaler les publications de Obalinski, Bentham, Carthage, Bobier (1896), Routier, Knaggs (1898). En 1900, Allart, dans sa thèse, rapproche le volvulus de la dilatation idiopathique des côlons. Dès ce moment, la question est entrée dans la pathologie. Les thèses de Weege (1903), Neumann (1904), Trabut (1908), les travaux de Nores (1905), Willms (1906), Lejars (1907), Horaud (1907) achèvent de la faire connaître.

Depuis, il a paru un nombre considérable de thèses, de mémoires et d'observations parmi lesquels les plus connus sont ceux de Kusnetzoff, Delkeskamp, Jonnesco, Pierre Duval (1907), Gayet, Jeannel, Lecène (1910), Petrovich, Michelson, Jaboulay, Delore, Guedwitz, Heller (1911), Durroux et Mangini, Patel et Mazet, les thèses de Roche, et surtout de Mazet (1912). Depuis la thèse de Mazet, la question est définitivement mise au point. En 1913, elle est reprise par Patel au Congrès de chirurgie. La même année, Delaye étudie l'ascite sanguinolente et affirme sa fréquence dans le volvulus.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

Fréquence. — Ce mode d'occlusion serait rare, puisque d'après Trèves on ne l'observerait qu'une fois sur 40 cas; mais certaines statistiques donnent des résultats tout différents: pour Guibé, Von Eiselsberg, Von Bergmann, Philipowicz, Faltrié, on trouve que les proportions sont bien plus considérables. Ces divergences tiennent à un facteur essentiel que nous allons indiquer.

Influence de la race. — Rarement observé en France, le volvulus du côlon pelvien est courant chez les Slaves et les Scandinaves, en Hongrie, en Allemagne, dans les Balkans. Cette influence ethnographique tiendrait pour les uns à des variétés anatomiques de l'anse ilio-pelvienne, pour d'autres (Faltin), au mode d'alimentation.

En effet, en dehors des conditions anatomiques sur lesquelles nous insisterons, l'alimentation végétarienne paraît jouer un rôle net, parce que, donnant beaucoup de résidus, elle favorise l'atonie et la distension de l'intestin et peut modifier ses conditions d'équilibre.

Le sexe masculin est frappé plus souvent que le féminin: la proportion est de 95 0/0 d'après Leichtenstern.

Enfin, l'âge n'est pas sans importance: presque toujours les sujets atteints de volvulus du côlon pelvien ont

dépassé la cinquantaine (Braun, Leichtenstern, Nothnagel, Curschmann).

Comme nous le verrons plus loin, la constipation est un des facteurs les plus fréquemment notés; le volvulus de l'S iliaque se recrute chez les vieux constipés.

CHAPITRE III

PATHOGENIE

De connaissance récente, elle a été précisée surtout par les chirurgiens allemands et russes. Elle mérite d'être sérieusement étudiée.

Il faut distinguer deux ordres de faits :

a) Les malformations congénitales et acquises de l'anse iléo-pelvienne et de son mésentère ; elles préparent le terrain et constituent la vraie cause première.

b) La constipation, qui intervient comme cause occasionnelle en accumulant des matières dans une anse déformée et prête à se tordre ; cause immédiate. Mais il est juste d'ajouter aussi que la constipation a déjà pu intervenir pour favoriser les lésions infectieuses du mésentère et de l'anse.

1° *Malformations congénitales et acquises.* — Elles sont au nombre de deux, d'importance égale, la longueur et la mobilité exagérées de l'anse, la méso-sigmoïdite rétractile.

A. *Longueur et mobilité exagérées de l'anse.* — L'anse sigmoïde est une anse intestinale en voie d'évolution ; primitivement très mobile, elle tend à l'accolement contre la paroi abdominale postérieure comme tous les autres segments du gros intestin. Et du premier type au dernier, on peut noter tous les intermédiaires comme l'ont montré

Claudius, Von Samson et P. Duval, Patel a encore insisté sur ce point dans son rapport au Congrès de chirurgie en 1913. On peut ramener à quatre types les formes observées chez l'adulte :

1° Anse longue et méso long ;
2° Anse longue et méso court ;
3° Anse courte et méso long ;
4° Anse courte et méso court (type le plus développé).

Il est bien évident que les premiers types à anse longue sont très favorables à la production de volvulus, surtout le premier.

A ces variations anatomiques dans la longueur de l'anse, se rattache l'importante question souvent reprise des relations du volvulus avec la maladie de Hirsprung (Pétrovitch, Delore, Heller, etc.).

Dans le mémoire de Gayet et Patel, il y a sept cas de méga-côlon sur quarante et un de volvulus. D'autre part, si les descriptions premières avaient envisagé la dilatation de tout le côlon, il est bien démontré aujourd'hui que les dilatations unisegmentaires sont tout au moins aussi fréquentes et que de ces dernières, les dilatations de l'S iliaque sont presque les seules observées (93 méga-côlons iliopelviens sur 104 dilatations segmentaires, d'après Patel). Comment ces dilatations coliques favorisent-elles le volvulus ? Voici comment s'exprime Mazet dans sa remarquable thèse (Lyon, 1912) : « Outre la dilatation considérable et les modifications pariétales qui caractérisent le méga-côlon, il s'agit le plus souvent, en même temps, d'anses longues, suspendues assez lâchement à la paroi, soit que la longueur du méso résulte d'un défaut de coalescence, soit qu'elle résulte d'un étirement par le poids de l'anse. Ces anses énormes causent une constipation opiniâtre ; étant continuellement dilatées, elles restent bourrées de matiè-

res le plus souvent dures et très pesantes. Donc, côlon très dilaté, anormalement long, très mobile et rempli de matières, tels sont les caractères macroscopiques du méga-côlon; ils paraissent tous favorables à la constitution d'un volvulus ».

Ainsi la première condition pathogénique du volvulus du côlon pelvien est: longueur et mobilité anormales de l'anse ilio-pelvienne.

B. *La méso-sigmoïdite rétractile.* — C'est la « Mesenterialschrümpfung der floxura sigmoïdea » des auteurs allemands. C'est une lésion inflammatoire du méso-sigma qui a pour effet la rétraction progressive dans le sens transversal amenant par suite les deux branches de l'anse omega presque au contact l'une de l'autre.

Elle fut observée pour la première fois par Roux, de Lausanne, mais Virchow en donna la première description. Leichtenstern, Curshmann, Riedel ont repris cette étude. Hausemann et Graser ont insisté sur l'anatomie pathologique. Braün, Obalinski, Von Manteuffel, Brehm et Ries s'en sont occupés plus récemment. Pierre Duval en a fait une bonne étude. Tous les chirurgiens qui ont écrit sur le volvulus du côlon pelvien signalent la mésentérite rétractile: dans l'observation détaillée de MM. Arrivat et Cathala, on en trouvera un exemple remarquable.

Les causes sont très discutées.

Pour les uns, c'est une *péritonite chronique localisée:* telle était l'opinion de Virchow couramment acceptée. L'infection aurait pour origine l'anse sigmoïde elle-même, et cette origine colique est bien explicable du fait de la constipation et « de la production dans l'épaisseur même du méso, de faux diverticules par pulsion, dont l'inflammation se transmettrait au méso tout entier » (Pierre Duval). Ce

serait donc une péri-sigmoïdite chronique rentrant dans la catégorie des péri-colites localisées bien précisées au Congrès de médecine de 1912 et au Congrès de chirurgie 1913 (Voir: Rapport de Patel). C'est l'opinion soutenue par Graser; mais l'infection d'origine intestinale pourrait se produire par d'autres moyens, et Ries a signalé un cas de méso-sigmoïdite consécutive à un rétrécissement ulcéré du côlon pré-sacré.

Riedel, au contraire, croit l'infection péritonéale primitive, et Leichtenstern parle de mésentérite fœtale.

Pour d'autres auteurs, Koch, Rudberg en particulier, la rétraction du méso-sigma ne serait pas d'origine infectieuse et il faudrait voir là encore, une manifestation du développement ontogénique de l'organe: ce serait une exagération anormale du processus d'accolement.

Dans notre observation les lésions du méso-sigma avaient plutôt l'aspect d'un travail inflammatoire lent que d'une malformation congénitale. L'épaisseur du méso rétracté, les lésions anciennes de l'anse tordue, la constipation habituelle du sujet sont à notre avis autant de preuves, malgré que nous n'ayons pas l'argument décisif, c'est-à-dire l'examen histologique.

Quoi qu'il en soit de ces théories, quelle que soit l'origine, la lésion, congénitale ou acquise, existe et se présente avec des caractères qui ne permettent pas de la laisser dans l'ombre. Les deux branches de l'anse sigmoïde, très rapprochées jusqu'à être accolées en canons de fusil, ne se séparent pas après détorsion du volvulus; entre elles se trouve un tissu épais et dur, blanc, d'aspect tendineux; il n'est pas uni mais formé de brides épaisses pouvant s'étendre comme des ponts d'un bord à l'autre. Il est curieux de constater (Duval, Riedel) que ces brides ne sont pas nées dans l'épaisseur du méso et que, au début, tout

au moins, sous une couche plus ou moins épaisse de ce tissu scléreux, on peut retrouver intacts les feuillets du méso avec leur souplesse et leur élasticité habituelles.

Après section de nombreuses brides, Quénu et Riedel ont pu rendre au méso sa largeur : ces faits sont en faveur d'un processus localisé de péritonite chronique. Les lésions ne portent pas habituellement sur toute la hauteur du méso ; elles débutent au point d'attache postérieur et elles sont toujours plus fortes en ce point. Dans les cas récents, cette rétraction portant presque uniquement au niveau du pied de l'anse, donne à celle-ci et à son méso l'aspect « d'un véritable éventail, resserré à son pied, étalé à sa périphérie » (Mazet). C'est le premier degré de Riedel. Plus tard, la sclérose cicatricielle envahit toute l'étendue du méso : deuxième degré de Riedel.

Il résulte de cette description, sur laquelle nous avons insisté à dessein, que l'anse ilio-pelvienne atteinte de méso-sigmoïdite rétractile va se présenter avec une extrémité libre assez volumineuse constituée par les deux branches de l'anse mise en contact et avec un pied aminci, véritable pédicule autour duquel ces phénomènes de rotation et de torsion pourront facilement se produire sous l'influence de causes minimes. L'S iliaque a ainsi constitué un système instable placé dans des conditions d'équilibre telles que des actions négligeables chez un sujet sain, pourront produire chez un sujet atteint de mésentérite rétractile des perturbations sérieuses. Cette action secondaire, cette occasion est fournie parfois par des attitudes du sujet (position de Trendelenburg par exemple), mais dans presque tous les cas, c'est la constipation qui après avoir été la cause première des lésions prédisposantes interviendra encore comme cause occasionnelle.

2° *La constipation, cause occasionnelle.* — Il s'agit donc d'une anse distendue fixée par un pied très étroit.

La constipation trouve dans l'anse dilatée un lieu favorable pour faire des phénomènes de stase fécale assez marqués: ainsi s'explique que les gens atteints de volvulus aient parfois présenté avant la grande crise d'ileus aigu des crises de pseudo-occlusion ou d'obstruction.

Suivant que les matières fécales accumulées occupent l'une ou l'autre branche de l'anse, leur poids déterminera le sens de la rotation dans l'un ou l'autre sens. Les matières et les gaz qui distendent la portion d'intestin en amont de l'obstacle, l'œdème résultant de la striction des vaisseaux du méso-sigma complètent l'occlusion de l'anse à ses deux bouts .

La striction des vaisseaux par suite du mouvement de rotation autour du pied de l'anse aggrave le pronostic et précipite l'évolution des lésions gangréneuses de la paroi intestinale.

En résumé, il faut retenir de ce qui précède que le volvulus est préparé par deux ordres de lésions: l'une congénitale, le méga-côlon iliaque, l'autre le plus souvent acquise, la méso-sigmoïdite rétractile, et qu'il s'effectue par suite de l'accumulation des matières fécales dans l'anse oméga dilatée et pédiculisée.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous n'aurons pas à décrire dans ce chapitre les lésions mésentériques dont nous avons tenu à exposer l'histoire dans le chapitre précédent, pour ne pas éparpiller dans plusieurs endroits l'étude de la mésentérite chronique.

Mais il nous faudra exposer successivement: la disposition du volvulus, les lésions de l'anse, l'évolution de ces lésions.

1° *Disposition de l'anse pelvienne en état de volvulus.* — Malgré que l'on ait beaucoup écrit à ce sujet, c'est au travail de Potain qu'il faut remonter pour trouver une étude claire et précise.

Potain et Charcot avaient signalé des torsions incomplètes ne s'accompagnant pas du syndrome de l'occlusion intestinale, mais on sait aujourd'hui que ces dispositions ne sont que des variations anatomiques du type normal: côlon oméga de Jonnesco.

Ceci dit, il est certain que l'étendue de la rotation n'est pas toujours la même; elle peut être totale ou partielle, comportant un nombre de tours ou de fractions de tour très variable (1/2, 1, 1 1/2, 2, etc.). Il est bien évident que de l'étendue de la rotation dépendent le degré d'oc-

clusion et de rapidité des lésions ischémiques et gangréneuses de l'anse.

Il est intéressant d'étudier la rotation en elle-même. Elle se fait toujours autour de l'axe mésentérique; elle a été bien étudiée par Duroux et Mangini. Comme l'ont montré ces auteurs, le segment iliaque étant plus libre que l'extrémité pelvienne, c'est toujours autour de cette dernière que la portion mobile effectue son mouvement rotatoire. Ce mécanisme a été démontré par des expériences cadavériques; il n'exclut pas d'ailleurs les conditions nécessaires que nous avons énumérées plus haut.

Dans quel sens s'effectue la rotation? D'après cette notion, il est classique, depuis le travail de Potain, de considérer deux types possibles:

1° *Type rectum en arrière,* ainsi nommé parce que le segment iliaque du côlon est passé en avant du segment pelvien. Dans ce type, la rotation s'est effectuée dans le sens normal des aiguilles d'une montre. C'est le type le plus fréquent.

2° *Type rectum en avant,* ainsi nommé parce que le segment iliaque est passé en arrière du côlon pelvien. La rotation s'est effectuée en sens inverse des aiguilles d'une montre.

Le sens de la rotation est utile à connaître lors de la détorsion opératoire pour indiquer dans quelle direction doit être exercée cette dernière.

2° *Lésions de l'anse et du péritoine.* — Ce qui a le plus frappé les chirurgiens qui ont vu des volvulus de l'S iliaque, c'est le volume considérable que peut atteindre cette anse intestinale. On l'a comparée au volume d'un bras ou d'une cuisse, d'une bouteille (Forgue), d'un chapeau gibus (Roux, de Lausanne), d'une bouteille borde-

laise (Arrivat et Cathala). Les deux branches sont accolées; le pied est rétréci, donnant l'impression d'un pédicule sur lequel on peut apercevoir l'aspect spiroïde indiquant la torsion. Dans certains cas, on pourrait voir cet aspect spiroïde sur toute la hauteur, donnant l'aspect analogue à celui du cordon ombilical (Brehm).

Les parois intestinales, comme dans tous les étranglements, passent par des lésions variables et de gravité progressive: congestion et œdème, par obstacle circulatoire, puis lésions ischémiques et infectieuses débutant par des suffusions sanguines intra-pariétales et aboutissant plus ou moins rapidement à la gangrène. Les lésions sont maxima au niveau du pied de l'anse, et la perforation à ce niveau serait fréquente et rapide d'après Patel. Outre les lésions mésentériques, les appendices épiploïques sont épaissis, les veines sont rapidement thrombosées. Le péritoine réagit: d'aspect dépoli dans les premières heures, il ne tarde pas à faire de petites adhérences de plus en plus volumineuses et nombreuses. La péritonite avec épanchement purulent n'est pas rare, due à la perforation intestinale ou à la migration microbienne transpariétale.

On rencontre très souvent aussi un épanchement ascitique peu abondant, louche et sanguinolent.

Il n'entre pas dans notre cadre de décrire les lésions déterminées au niveau du foie, des reins et des autres glandes par la toxi-infection partie de l'anse étranglée, pas plus que de décrire les altérations histologiques des organes lésés. Ces faits appartiennent aux descriptions générales de l'occlusion intestinale.

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE

Il est exceptionnel de voir le volvulus de l'S iliaque se présenter brusquement sans que le malade et son entourage n'aient perçu des signes précurseurs. Nous avons donc à envisager une période prodromique pendant laquelle l'attention est attirée du côté du fonctionnement intestinal.

1° *Période prodromique ou phase médicale du volvulus* (Roux)

Pendant cette période, qui peut durer longtemps et qui est très utile à connaître pour faire le diagnostic de la crise aiguë, le malade présente de la constipation, des troubles dyspeptiques, des crises légères d'occlusion terminées par des débâcles fécales.

La constipation est le symptôme le plus habituel, et presque tous les malades qui font du volvulus sont de vieux constipés. Elle s'accompagne de coliques abdominales localisées dans les fosses iliaques et de distension gazeuse de l'abdomen.

Les troubles digestifs en rapport avec la stercorémie sont inconstants: état saburral des voies digestives, nausées et vomissements, subictère, migraines, asthénie.

Lorsque l'on peut retrouver dans les antécédents des crises de pseudo-occlusion, le tableau est encore plus net. Ces crises sont incomplètes, d'intensité croissante: simples coliques au début, elles finissent par durer plusieurs jours et s'accompagner de ballonnement du ventre. Pouvant se répéter pendant très longtemps, jusqu'à 30 ans dans le cas de Villard et Cavaillon, elles correspondent à des coudures du côlon sigmoïde. Débutant comme une simple crise, la grande crise aiguë, souvent terminale, apparaîtra brusquement sans autre cause apparente.

2° *La crise aiguë d'ileus par volvulus de l'S iliaque*

Au début, apparaît la brusque douleur angoissante et syncopale, le coup de poignard des affections aiguës qui intéressent le péritoine. Localisée d'abord au siège du volvulus, elle se diffuse à tout l'abdomen. Des nausées ou des vomissements apparaissent, d'origine réflexe. L'arrêt des gaz et des matières, après évacuation du segment inférieur de l'intestin, est complet et définitif. L'abdomen commence à se météoriser. Enfin, dès ce moment, l'état général paraît grave: facies pâle, traits tirés, pouls rapide, respiration superficielle. La température est normale. Ces phénomènes peuvent aller en s'aggravant et emporter le malade en 48 heures: ce sont les formes suraiguës exceptionnelles.

Ordinairement, *à cette apparition tumultueuse succède une accalmie passagère* portant surtout sur les phénomènes d'ordre fonctionnel.

Signes fonctionnels. — La douleur s'est calmée et ne se montre que par intermittences sous forme de coliques.

Les vomissements du début ont cessé et ils ne se mon-

treront à nouveau qu'à la période terminale de péritonite, souvent même ils sont absents, et d'après Edgren, ils manqueraient dans 34 0/0 des cas aigus et 84 0/0 des cas chroniques. Ce qu'il faut retenir, c'est leur tardivité, plus marquée que dans les autres modes d'occlusion intestinale. Quoi qu'il en soit, ils sont peu abondants, bilieux, exceptionnellement fécaloïdes (6,75 0/0 des cas).

L'arrêt des gaz et des matières est absolu et contraste avec l'absence de vomissements.

L'état général se maintient assez satisfaisant pendant plusieurs jours; mais la chute est brusque. Les signes de mauvais augure sont: la rapidité du pouls dépassant 120 et l'arythmie, le subictère conjonctival, l'hypothermie.

Signes physiques. — Le ventre est ballonné et météorisé, et on voit parfois à jour frisant des mouvements péristaltiques de l'intestin sous-jacent.

Le signe de Laugier n'a pas l'importance que lui donnent les classiques; il est difficile à observer.

Le signe de Von Wahl est au contraire bien supérieur et peut permettre de faire le diagnostic si le malade est examiné au début des accidents, avant que la distension intestinale ne soit trop considérable.

Sous la peau de la fosse iliaque gauche, on voit se dessiner une voussure remontant plus ou moins haut, constituée par l'anse tordue; à ce niveau, apparaissent souvent des mouvements péristaltiques visibles à jour frisant. La palpation permet de déceler une rénitence particulière de cette tumeur. La percussion donne une sonorité tympanique. Ces signes, qui indiquent la présence d'une anse volumineuse dans l'abdomen, ont été individualisés par Kiwull, qui leur a donné le nom de « *ballon-symptom* ».

Ils existaient très nettement dans le cas que nous avons observé.

Il faut aussi signaler que l'examen du malade permet encore de relever le clapotement cæcal et la sonorité colique dans le rétro-flanc. Cette dernière permet de localiser en hauteur le siège de l'obstacle: elle est préconisée par le professeur Tédenat dans la thèse de Trabut (Montpellier, 1908). Mais cette recherche peut être gênée par la matité due à la présence d'un épanchement ascitique peu abondant (signe de Gangolphe). Cet épanchement, étudié dans la thèse de Delaye (Lyon, 1913), serait très fréquent dans le volvulus de l'S iliaque et se retrouverait dans 90 0/0 des cas. Il apparaîtrait progressivement dès le début des accidents.

L'exploration rectale donne peu de résultats: rarement on arrive à sentir l'anse énorme à bout de doigt; mais parfois le rectum est œdématié. A la sonde, on ne pourrait pas pénétrer à plus de 30 centimètres; mais cette exploration, préconisée par Edgren, est dangereuse. Enfin, la capacité du bout inférieur de l'intestin est diminuée dans le cas d'obstacle occupant l'origine du rectum, celui-ci ne doit pas admettre plus de 1 litre et demi de liquide: ce sont là des données bien théoriques.

Evolution. — Après une durée variable pouvant aller de 2 à 3 jours dans les formes suraiguës, jusqu'à 13 à 15 dans les formes chroniques, les phénomènes généraux s'aggravent: le pouls devient petit et rapide, filiforme; la température baisse; le facies devient grippé; les téguments sont subictériques. Le malade meurt par péritonite ou par toxi-infection.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Notre intention n'est pas d'insister beaucoup sur le diagnostic; nous en indiquerons plutôt les étapes; nous avons déjà étudié les symptômes avec beaucoup de détails et cet exposé ne sera pas répété ici.

Première étape: Le malade est atteint d'occlusion intestinale. — L'absence de selles et de gaz, le ballonnement du ventre, suffiront à affirmer le diagnostic avant l'apparition des symptômes d'intoxication et des vomissements.

Par l'examen des orifices herniaires, on éliminera l'hypothèse de hernie étranglée. L'ileus dynamique des péritonites aiguës a un aspect différent, du moins au début: arrêt des matières et des gaz moins brusque, ventre plus contracturé et moins ballonné, dilatation abdominale diffuse, commémoratifs. Certains syndromes surrénaux aigus peuvent simuler la péritonite aiguë, mais ils ne s'accompagnent pas de dilatation de l'abdomen.

Deuxième étape: L'obstacle siège sur le gros intestin et très bas. — Cela est probable chez un sujet habituellement constipé, lorsque les vomissements apparaissent tardivement et que l'arrêt des matières est complet dès le début.

D'autre part, le signe de Laugier (dilatation de l'abdomen dans les flancs), le signe de Von Wahl permettant de sentir une anse énormément dilatée dès le début, le

clapotement cæcal (signe de Bouveret), la percussion du côlon descendant dans le rétro-flanc gauche, la distension de l'ampoule rectale par une injection d'eau permettent d'affirmer que l'obstacle siège au niveau de l'S iliaque.

Troisième étape: Il s'agit d'un volvulus de l'S iliaque. — En faveur de cette hypothèse, les antécédents du sujet constipé depuis lontemps, avec de petites crises d'accumulation de matières fécales avant la grande crise d'occlusion aiguë; le début brusque et très douloureux; la sensation dans l'abdomen d'une anse énorme (signe de Von Wahl), à tympanisme particulier (signe de Kiwull); située *dans la fosse iliaque gauche;* la présence d'ascite dans les flancs (signe de Gangolphe), sont de sérieux arguments. La perception de l'anse au toucher rectal au cas où elle est possible est un signe de certitude qui emporte le diagnostic.

Au surplus, il faut bien dire que le diagnostic de volvulus de l'S iliaque est aussi un diagnostic à faire par élimination.

Dans l'occlusion cancéreuse, il ne faut pas s'attendre à sentir la tumeur; les occlusions sont le plus souvent déterminées par des néoplasmes de petit volume (squirrhe en ficelle); mais le sujet a présenté le plus souvent des périodes de constipation avec débâcles diarrhéiques; il a expulsé des glaires et des matières qu'il a comparées à de la lavure de chair; il a présenté des petites hémorragies peu abondantes mais très tenaces; le malade est plus ou moins cachectique; le foie est souvent noduleux; enfin, l'évolution est tout à fait chronique.

Enfin, les occlusions par brides et par coudures présentent une période antérieure d'inflammation péritonéale, cause des adhérences.

CHAPITRE VII

PRONOSTIC

Il est grave, comme celui de toutes les occlusions intestinales aiguës. Mais avec la précocité de l'intervention conditionnée par un diagnostic précoce, on peut faire tomber la mortalité à des proportions satisfaisantes.

Il faut encore tenir compte des récidives possibles après une première intervention.

Enfin le mode d'intervention est un important facteur du pronostic.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

C'est certainement le chapitre le plus important de ce travail : la thérapeutique du volvulus de l'S iliaque a suscité un nombre considérable de publications. Il nous faudra passer en revue les différentes méthodes proposées. les apprécier et voir celles qui ont donné les meilleurs résultats.

Il faut bien savoir que tous les cas ne se ressemblent pas ; que, suivant la précocité opératoire, suivant les lésions intestinales, suivant l'état général du malade, les indications opératoires varient. La thèse de Mazet, l'article de Lecène (1910), les rapports de Patel et de P. Duval au Congrès de chirurgie de 1913 ont largement contribué à éclairer ce chapitre de thérapeutique chirurgicale.

En présence d'un cas de volvulus de l'S iliaque comme dans tous les cas d'occlusion intestinale, trois méthodes s'offrent au médecin : le traitement médical, l'anus iliaque, la laparotomie qui va à l'obstacle et permet de le vaincre ou de le supprimer. Le premier est un traitement d'attente sur lequel on ne doit pas insister ; le second est un traitement palliatif réservé aux cas où le malade ne peut pas supporter une intervention grave ; la laparotomie est le seul traitement rationnel, mais elle exige un malade en bon état et non encore trop profondément intoxiqué.

Il est certain que la question de l'anesthésique choisi n'est pas sans importance en cas d'intervention. L'anesthésie générale est très dangereuse et très meurtrière chez ces sujets déjà intoxiqués; même pratiquée avec l'éther goutte à goutte, comme nous l'avons vu faire dans les hôpitaux de Montpellier, elle cause de nombreux décès parmi lesquels la broncho-pneumonie post-opératoire joue un rôle considérable. L'anesthésie locale et l'anesthésie rachidienne sont généralement mieux supportées par les sujets; mais l'anesthésie locale, très commode pour pratiquer un anus iliaque, ne peut généralement pas suffire pour une laparotomie souvent longue et laborieuse.

Nous allons passer en revue les différents traitements:

1° *Traitement médical.* — Il doit être essayé, mais en cas d'insuccès, il ne faut pas insister et livrer aussitôt le malade au chirurgien dont l'intervention ne peut être efficace que si elle est précoce. Cependant les moyens médicaux s'adressant à l'état général et au cœur doivent être utilisés concurremment avec les méthodes chirurgicales.

Les laxatifs et les purgatifs augmentent le péristaltisme intestinal; la morphine détermine des accalmies trompeuses; l'atropine, employée en Russie, n'a pas donné de résultats; les lavements gazeux préconisés par Prioleau l'entéroclyse ont des partisans, mais sont d'une efficacité douteuse. Le lavement électrique est un moyen qui peut réussir quelquefois. En somme le traitement médical ne peut viser à être curatif; mais comme traitement symptomatique et adjuvant, il mérite d'être utilisé. Dans ce but il faut signaler: les lavages d'estomac qui calment les vomissements; la glace qui calme la douleur; l'huile camphrée à haute dose, la caféine, la spartéine, le sérum physiologique sous-cutané (1 à 2 litres), ou intra-rectal en in-

jections continues (méthode de Murphy) qui remontent l'état général et favorisent la diurèse.

2° *L'anus iliaque.* — Pratiqué rapidement sous anesthésie locale à la novocaïne, c'est une opération facile qui paraît peu meurtrière.

Il est inefficace dans le volvulus de l'S iliaque. Voici une page très judicieuse que lui consacre Mazet:

« Dans tout volvulus il existe trois segments intestinaux, absolument distincts: l'anse volvulée elle-même, le segment en amont et le segment en aval. Sur quelle partie va porter l'anus artificiel? Sur le bout inférieur? Non, puisqu'il n'est pas distendu. Sur le bout supérieur? La chose est possible, mais rare, car il est en général modérément dilaté en cas de volvulus et en tout cas beaucoup moins que l'anse tordue; ainsi pratiqué, l'anus supprimera les vomissements, désintoxiquera l'organisme, pourra donner une survie temporaire, mais laisse subsister le volvulus et évoluer les lésions au point tordu.

» D'ailleurs, dans la majorité des cas, c'est l'anse tordue qui présente la distension la plus considérable, remplissant à elle seule une grande partie de l'abdomen, c'est elle qui apparaît la première dans la plaie opératoire, et, comme il s'agit de gros intestin, on n'hésite pas à pratiquer sur elle une entérostomie. Les résultats seront déplorables; l'anse fistulisée se videra de son contenu; mais l'obstacle n'étant pas levé, les troubles de canalisation persisteront et si l'étranglement est serré, l'intestin continuera à se gangréner... Les résultats favorables sont malheureusement exceptionnels et en général le malade ne tarde pas à succomber après la création de l'anus artificiel; Guibé, sur trente cas où l'entérostomie fut pratiquée comme opération primitive, trouve trente morts; Cavaillon, sur sept anus con-

tre nature, compte sept morts, soit *une mortalité de* 100 0/0. *L'anus contre nature constitue donc une méthode déplorable, irrationnelle dans le traitement du volvulus parce qu'il laisse subsister l'obstacle et évoluer les lésions de gangrène au niveau des points tordus. C'est une opération formellement contre-indiquée*» (Mazet, Thèse de Lyon, 1912).

3° *Traitement rationnel: la laparotomie.* — « La laparotomie doit toujours être faite ». (Mazet). Cette laparotomie doit toujours être large pour permettre l'extériorisation de l'anse volvulée dont les dimensions sont souvent considérables. Une fois le diagnostic confirmé par la laparotomie, plusieurs modes de traitement s'offrent au chirurgien:

a) *Les entéro-anastomoses simples sans détorsion:* elles laissent persister la torsion et évoluer la gangrène.

b) *La détorsion simple;*

La détorsion suivie d'entéro-anastomose;

La détorsion suivie de fixation.

c) *La résection de l'anse* en un seul temps ou en deux temps.

De toutes ces méthodes, il n'y en a guère que deux qui soient efficaces: la détorsion avec fixation, la résection.

a) *Détorsion avec fixation.* — La détorsion s'effectue dans le sens opposé de la rotation. D'après Potain, il faut « visser » dans le type « rectum », « en avant »; « dévisser », dans le « type rectum en arrière ». Cela fait, on peut maintenir l'intestin en position normale soit en raccourcissant le méso (Senn), soit en fixant à la paroi abdominale l'anse (Nüssbaum) ou le méso (Roux, de Lausanne). Pour Mazet, cette opération serait difficile et longue; elle n'as-

surerait pas toujours le drainage de l'intestin ; *elle n'éviterait pas la récidive* (voir article de Lecène) ; enfin elle ne sert à rien lorsqu'il existe de la méso-sigmoïdite rétractile ce qui est très fréquent. En sorte que la détorsion avec fixation ne serait utile que lorsque l'intestin est sain et contractile (revenant sur lui-même après évacuation), et que le méso n'est pas rétracté ; le plus souvent ces conditions imposées par Mazet ne se rencontrent pas.

b) *La résection de l'anse volvulée.* — Cette opération, réservée d'abord aux cas graves, accompagnés de sphacèle de l'anse, a été préconisée et défendue par Von Eiselsberg dans les cas simples. Opération nécessairement très meurtrière lorsque l'anse est sphacélée (60 0/0 de mortalité d'après Mazet), elle serait bien moins grave avec une anse saine (7 guérisons sur 8 opérations, d'après Mazet).

Pour beaucoup de chirurgiens elle constitue le procédé de choix.

Elle peut se faire en un seul temps ou en deux temps. L'opération en un seul temps est beaucoup plus meurtrière. Dans le second cas, au contraire, on fera d'urgence la détorsion suivie de drainage ; on pratiquera plus tard la résection avec entéro-anastomose et cure de l'anus artificiel (Mazet).

CONCLUSIONS

Le point important de notre travail est l'observation qui nous a permis de vérifier les acquisitions récentes de la science médicale concernant la pathogénie du volvulus de l'S iliaque.

I. Le volvulus du côlon pelvien a pour causes principales : le méga-côlon ilio-pelvien ; la méso-sigmoïdite rétractile ; la constipation.

II. Son diagnostic peut être porté d'après les symptômes fonctionnels : phénomènes de début très violents, s'atténuant ensuite et remplacés finalement par des signes d'intoxication profonde, et surtout d'après les signes physiques : perception dans la fosse iliaque gauche d'une anse très distendue et à son de percussion spécial (ballon-symptom) [signe de Von Wahl-Kiwull].

III. Le traitement de choix, dans les cas où le malade n'est pas trop intoxiqué paraît être actuellement la résection de l'S iliaque. Cette opération, pratiquée en deux temps, ne présente pas une mortalité plus élevée que les autres interventions. Elle donne des succès définitifs. L'anus iliaque est une opération qui donne une proportion de décès considérable.

BIBLIOGRAPHIE

Allard. — Le volvulus de l'anse oméga. Thèse de Lyon, 1900.

Arrivat et Cathala. — Gazette des Hôpitaux, 1914.

Bobier. — Le volvulus de l'anse oméga. Thèse de Paris, 1896.

Coley et Chaffee. — Volvulus de l'anse sigmoïde. Soc. de chirurgie de New-York, 1909.

Cahier. — Les occlusions aiguës de l'intestin, 1896.

Delkeskamp. — Sur le volvulus de la flexure sigmoïde dans la maladie de Hirschprung. Münch. Med. Wochenschrift, 1906.

Delore. — A propos du méga-côlon de l'adulte. Revue de médecine, 1911.

Desgouttes et Mazet. — Volvulus gangréné du cæcum. Société de méd. de Lyon, 1912.

Delaye. — Thèse de Lyon, 1913.

Duroux et Mangini. — Volvulus du côlon pelvien. Lyon chirurgical, 1912.

Duval (Pierre). — De la méso-sigmoïdite rétractile. Arch. des mal. de l'app. digestif, 1907.

Erlanger. — Thèse Paris, 1875.

Gayet. — Méga-côlon. Soc. de chir. de Lyon, 1910.

Guedwitz. — Deux cas de volvulus du cæcum. Chirourguia, 1911.

Heller. — Sur le volvulus de l'S iliaque et la maladie de Hirschprung. Münch. Med. Woch., 1911.

Horand. — Lyon Médical, 1907.

Jaboulay. — Volvulus de l'S iliaque opéré par détorsion; les anus contre-nature dans cette affection. Soc. de méd. de Lyon, 1911.

Jonnesco. — Soc. de chirurg. de Bucarest, 1906.

Jeannel. — Du volvulus de l'anse pelvienne et de son traitement. Arch. méd. de Toulouse, 1910.

Kusnetzow. — Sur la torsion de l'anse sigmoïde causée par la rétraction cicatricielle de son mésentère. Wiener Med. Presse, 1907.

Lejars. — Semaine médicale, 1907.

Lecène. — Contribution à l'étude du volvulus du gros intestin. Revue de chirurgie, 1910.

Liébault. — Volvulus de l'S iliaque.

Money. — Thèse de Paris, 1882. Lancet.

Michaux. — Un cas de volvulus de l'S iliaque. Congrès de chirurgie, 1895.

Mazet. — Thèse de Lyon, 1912.

Michelson. — Sur le traitement du volvulus de l'anse sigmoïde. Saint-Pétersb. medic. Woch., 1911.

Obalinski. — 110 observations de laparotomie pour ileus. Archiv. für Klin. Chirurg., 1896.

Patel et Mazet. — Société de médecine de Lyon, 1912.

Petrovich. — Torsion de trois cas de méga-côlon. Congrès de Belgrade, 1911.

Potain. — Volvulus de l'S iliaque. Gazette médicale, 1879.

Roche. — Le volvulus du côlon pelvien. Thèse de Lyon, 1912.

Roux. — Pour prévenir la récidive du volvulus. Rev. méd. de la Suisse Romande, 1894.

Rokitansky. — Archives générales de médecine, t. 14.

Trousseau. — Cliniques, 1857.

Trabut. — Le volvulus de l'S iliaque. Th. de Montpellier, 1908.

Wahl (Von). — Zeitsch. für Chirurg., 1889.

Wilms. — Der Ileus. Deutsche Chirurgie, 1906.

Vu et permis d'imprimer:
Montpellier, le 21 juillet 1914.
Le Recteur.
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 21 juillet 1914
Le Doyen.
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leur enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !